

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN

(RESERVADO PARA EL REGISTRO CIVIL)

El suscrito Dr.:

CERTIFICA que don

Nombre del Cónyuge:

domiciliado en:

N°

de

Cédula Identidad N°

de nacionalidad (Argentina)

en (lugar fallecimiento)

el día

lo que consta por

De la Vega Mario
Pinto Manuel Arce

de sexo

Profesión del Fallecido

Calle:

de la Provincia de:

N°

Especialidad por la Policía de:

y de fecha:

ha fallecido por

en (lugar fallecimiento)

el día

lo que consta por

(Firmado, apostado y reconocido al cadáver)

OTORGADO EN

a los

días del mes de

de 2025

FIRMA DEL MEDICO

SU TO ACLARATORIO

DATOS DEL MEDICO

APELLIDO Y NOMBRES:

DOMICILIO: Calle

MATRICULA PROFESIONAL N°

FOLIO

TOMO

Teléfono N°

De la Vega Mario

La Plata 240

1239

N°

425000

María Lorena Pintos D.N.I N°26.798.358 declaro bajo juramento que el fallecido Manuel Andrés Pintos D.N.I N° 6.716.724 es MI PADRE y que la documentación que presentó es autentica para que se proceda el otorgamiento de la licencia, LEY 3970, ART 48, INC g.

FIRMA



Aclaración

Pintos Maria Lorena

D.N.I N°

26.798.358